**Odbornost 817 – Laboratoř klinické cytologie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adresa pracoviště** |  | **Jméno vedoucího laboratoře:** |  | **Telefon:**  **Email:** |

**Minimální požadavky na personál laboratoře**

1. Laboratoř provádějící výkony odbornosti 817 obecně (mimo screening karcinomu děložního hrdla)

A)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patolog, gynekolog a porodník, klinický onkolog, hematolog a transfuziolog, klinický biochemik, neurolog nebo pneumolog minimálně 0,2 úvazku | | | | Zdravotní laborant se specializovanou způsobilostí v oboru nebo farmaceut se specializovanou způsobilostí v laboratorních a vyšetřovacích metodách ve zdravotnictví minimálně 1,2 úvazku, z toho minimálně 1,0 úvazku zdravotního laboranta se specializovanou způsobilostí v oboru | | | |
| Jméno | Doklad o specializaci | Úvazek | Dostupnost | Jméno | Doklad o specializaci | Úvazek | Dostupnost |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Specializace nositelů výkonů (lékaři, zdravotní laboranti) musí odpovídat zaměření laboratoře. | | | | | | | |

B)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zdravotní laborant | | | | Zdravotní laborant | | | |
| Jméno | Doklad o registraci | Úvazek | Dostupnost | Jméno | Doklad o registraci | Úvazek | Dostupnost |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zdravotní laborant způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu, pokud jsou poskytovány služby laboratoře pro poskytování akutní lůžkové péče 3,0 úvazku. | | | | | | | |

Úvazky jsou rozvrženy tak, aby úvazek uvedený v písm. A) a B) tohoto odstavce činil celkem 2,0.

2. Laboratoř provádějící gynekologickou cytologii – odbornost 820 (screening karcinomu děložního hrdla)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lékař | | | | Lékař | | | |
| Jméno | Doklad o specializaci | Úvazek | Dostupnost | Jméno | Doklad o specializaci | Úvazek | Dostupnost |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Každá laboratoř provádějící gynekologické cytologie musí zaměstnávat na plný úvazek nejméně jednoho lékaře oprávněného k provádění gynekologických cytologií (viz text nepodkročitelných minim odbornosti 817, verze 2.2), který je celou pracovní dobu v laboratoři přítomen. Je možné též zaměstnávat 2 lékaře, kteří si úvazek mohou rozdělit. Vždy však nejméně 1 lékař musí být během celé pracovní doby na pracovišti přítomen. | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zdravotní laborant, absolvent národního standardu cytotechnolog | | Zdravotní laborant, absolvent národního standardu cytotechnolog | |
| Jméno | Doklad o specializaci | Jméno | Doklad o specializaci |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nepodkročitelný počet pracovníků se odvíjí od požadavku na zpracování minimálního počtu 15 000 a více vyšetření ročně za splnění předpokladu, že každá laborantka může odečíst maximálně 80 případů denně v rámci primárního screeningu nebo 40 případů v rámci druhého čtení. | | | |

3. Laboratoř provádějící výkony v neurologické cytologii

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Typ laboratoře** | **Jméno** | **Doklad o atestaci / specializované způsobilosti z neurologie** | **Osvědčení o odborné způsobilosti k provádění výkonů v neurologické cytologii (cytologii likvoru)** |
| **a) Neurologická cytologie v plném rozsahu** |  |  |  |
| lékař |  |  |
| **b) Neurologická cytologie v limitovaném rozsahu (nelze provádět diagnózu III. stupně obtížnosti)** | **Jméno** | **Doklad o atestaci / specializované způsobilosti v oboru hematologie, klinická biochemie, imunologie, lékařská mikrobiologie** | **Osvědčení o odborné způsobilosti k provádění výkonů v neurologické cytologii (cytologii likvoru)** |
|  |  |  |
| lékař, příp. VŠ nelékař |  |  |
| **c) Screening v neurologické cytologii (nelze provádět diagnózu I. - III. stupně obtížnosti)** | **Jméno** | **Doklad o vzdělání** |  |
|  |  |  |
| lékař v předatestační přípravě v oboru neurologie, patologie, hematologie, klinická biochemie, imunologie, lékařská mikrobiologie, příp. VŠ nelékaři v oboru hematologie, klinická biochemie, imunologie, lékařská mikrobiologie; zdravotní laborant způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu | | | |
| **d) Vyšetření likvoru urgentní (cílené na dg. bakteriální meningitis a intrakraniálního krvácení)** | **Jméno** | **Doklad o vzdělání** |  |
|  |  |  |
| V urgentních situacích může provést rovněž lékař nebo VŠ pracovník s licencí limitovanou pro screening, jak je definováno v bodu c). | | | |
| **e) Vyšetření likvoru cytologické** | **Jméno** | **Doklad o atestaci / specializované způsobilosti** |  |
|  |  |  |
| patolog |  |  |

4. Laboratoř provádějící výkony v pneumologické cytologii

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lékař** | | | | | **Zdravotní laborant** | | |
| **Jméno** | **Doklad o atestaci z pneumologie a ftizeologie** | **Doklad o funkční licenci F019 – pneumologická cytodiagnostika** | **Úvazek** | **Dostupnost** | **Jméno** | **Úvazek** | **Dostupnost** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | min. 0,5 | denní přítomnost |  | min. 0,5 | denní přítomnost |

Minimální personální obsazení postačuje na 3500 vyšetření ročně, při vyšším objemu se úvazky adekvátně navyšují. Na jednu licenci F-019 lze odečíst maximálně 3500 vyšetření ročně.

**Nepodkročitelná minima počtu vyšetření / rok nebo spektra nabízených vyšetření**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Typ laboratoře:** | **Laboratoř provádějící gynekologickou cytologii\*** | **Laboratoř provádějící neurologickou cytologii** | **Laboratoř provádějící výkony v pneumologické cytologii\*** |
| **Počet vyšetření / rok:** |  |  |  |
| **Min. počet vyšetření / rok:** | *15000/rok* | *5000/rok/licence* | *400/rok* |

*\*jedním vyšetřením se myslí cytologický vzorek (vzorky) od jednoho rodného čísla v daném roce*

**Popis změn od posledního auditu NASKL ve vztahu k nepodkročitelným minimům a k požadavkům auditů NASKL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oblast** | **Slovní popis změny** |
| **Personál laboratoře** |  |
| **Prostory laboratoře** |  |
| **Přístrojové vybavení laboratoře** |  |
| **Prováděná vyšetření** |  |
| **Další podstatné změny** |  |

**Poznámka:** Formulář nepokrývá všechny aspekty nepodkročitelných minim odborných společností.

*Kurzívou jsou uvedeny požadavky specifikované v nepodkročitelných minimech odborných společností, celé znění požadavků nepodkročitelných minim je k dispozici na* [*www.naskl.cz*](http://www.naskl.cz) *v sekci Oborově specifické příspěvky. Splnění všech nepodkročitelných minim je podmínkou úspěšného absolvováni auditu NASKL.*

Za správnost údajů odpovídá: ......................................................................... V .............................................. dne ..........................

(podpis odpovědné osoby, razítko)